

THESIS

MUNICH

1966

LANE MEDICAL LIB
STANFORD UNIVERS
300 PASTEUR DRIV
PALO ALTO, CALIF.

DAS AKUTE OBERBAUCHSYNDROM

Günther/Plein

AUS DER CHIRURGISCHEN KLINIK DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN

Direktor: Prof. Dr. Dr. R. ZENKER

DAS AKUTE OBERBAUCHSYNDROM

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
verfasst und
einer Hohen Medizinischen Fakultät
der Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Günther Plein
aus Bitburg/Eifel

München 1966

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Referent:	Prof. Dr. W. GRILL
Korreferent:	Prof. Dr. Dr. R. ZENKER
Dekan:	Prof. Dr. Dr. R. ZENKER

Tag der mündlichen Prüfung: 1. 2. 1966

1884-1885

1. 1884-1885

2. 1885-1886

3. 1886-1887

4. 1887-1888

5. 1888-1889

6. 1889-1890

MEINEN ELTERN
IN DANKBARKEIT GEWIDMET

7. 1890-1891

8. 1891-1892

9. 1892-1893

10. 1893-1894

11. 1894-1895

12. 1895-1896

13. 1896-1897



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INHALTSVERZEICHNIS

A. EINLEITUNG

B. DAS AKUTE OBERBAUCHSYNDROM

I. Anamnese

II. Untersuchung

III. Internistische Erkrankungen

IV. Differentialdiagnose

V. Der Schmerz als Hauptsyndrom

VI. Eigenes Krankengut

a) Krankengut von 1957-1961

b) Verteilung der Erkrankungen

c) Geschlecht und Alter

d) Therapie und Erfolg

e) Letalität

C. ZUSAMMENFASSUNG

D. LITERATUR

E. LEBENS LAUF

Als akutes Oberbauchsyndrom bezeichnet man im Verlaufe weniger Stunden oder Tage auftretende Zustände mit lokalisierten oder diffusen peritonealen Reizerscheinungen im Bereich des Oberbauchs. Klinisches Hauptsymptom ist der Schmerz, der meistens spontan empfunden wird. Weitere wichtige Zeichen sind der Entlastungsschmerz, Bauchdecken-spannung und Druckempfindlichkeit. Oft ist das Abdomen bretthart, nicht aufgetrieben, dann wieder meteoristisch (sog. Trommelbauch). Diese lokalen Symptome werden oft von Allgemeinreaktionen begleitet, welche einerseits differentialdiagnostische Rückschlüsse auf die Art der zugrundeliegenden Erkrankung und andererseits auf die Ausdehnung und die Schwere des Prozesses zu ziehen erlauben. Wie zum Beispiel: Leukocytose mit oder ohne toxische Veränderungen, Blutsenkungsbeschleunigung, Nausea, Erbrechen, Wind- und Stuhlverhaltung, Diarrhoe, Tachycardie, fadenförmiger Puls, trockene Zunge, fleckige Rötung des Gesichts mit eingefallenen Wangen und spitzer Nase (sog. Facies hippocratica), Unruhe, kalter Schweiß, Blutdruckabfall, quälender Durst, Atembeschwerden, Kollaps oder Schock (HENNING).

Das akute Oberbauchsyndrom ist ein klinischer Begriff. Ein Drittel (ZENKER, NISSEN) sämtlicher akuter Erkrankungen im Bereich der Bauchhöhle entfallen auf das akute Oberbauchsyndrom. Es ist ein Teilgebiet des akuten Abdomens und die Übergänge vom akuten Oberbauchsyndrom zum akuten Abdomen sind oft fließend. Es umfasst jene akuten lebensbedrohlichen Krankheiten im Bereich des Oberbauchs, die häufig einen sofortigen Eingriff erfordern und deren verzögerte Behandlung gar nicht selten zum Tode führen.

Die Notwendigkeit des sofortigen Eingriffes erfordert eine schnelle und richtige Diagnose. Hierbei entstehen ernste Probleme, da oftmals ein schnelles Handeln erforderlich ist und damit wenig Zeit für die Beobachtung und die Laboratoriumsuntersuchungen zur Verfügung steht, andererseits aber auch ein zu voreiliges Eingreifen das Krankheitsbild verschlimmern kann (z.B. akute Pankreasnekrose). Die grösste Schwierigkeit besteht wohl darin, dass sehr verschiedene intra- und extraabdominelle Krankheiten für die Symptome eines akuten Oberbauchsyndroms verantwortlich sein können. Zweifellos stellen die akute Cholecystitis, die Pankreatitis, die Magenperforation und der Ileus das Gros der akuten Oberbaucherkrankungen dar, trotzdem gibt es viele Fälle, bei denen der Erfahrene in der Diagnosestellung unsicher ist. Aus diesem Grunde fordert ZENKER mit Recht die enge Zusammenarbeit zwischen Chirurgen, Internisten und Röntgenologen. Die gleiche Ansicht vertritt HENNING, wenn er als Internist auf die akuten Krankheitssymp-

tome hinweist, die mit dem Oberbauch nichts zu tun haben und bei denen eine unnötige Laparotomie eine ernste, vielleicht sogar fatale Belastung bedeuten kann.

Nach einer von T.HERCZEG und E.BERENTY zusammengestellten Tabelle (HENNING) können folgende Erkrankungen Oberbauchsymptome vortäuschen:

Interne Krankheiten, die die Symptome der akuten Bauchkatastrophen nachahmen
(Differentialdiagnose zwischen internen und chirurgischen Erkrankungen)

Interne Krankheiten	Chirurgische Krankheiten
I. <u>Kreislaufkrankheiten</u> 1. Hinterwandinfarkt 2. Insuffizienz des rechten Herzens 3. Aneurysma dissecans der Aorta abd.	Ulcusperforation Stauungsleber, Gallenbansenperforation Peritonitis
II. <u>Stoffwechsel- und inkretorische Krankheiten</u> 1. Diabetisches Präkoma - Koma 2. Porphyrinurie 3. Hämochromatose	Peritonitis Ileus Pankreasnekrose
III. <u>Blutkrankheiten</u> 1. Hämolysische Anämie 2. verschiedene Leukämien	Blutung Milzinfarkt
IV. <u>Infektionskrankheiten</u> 1. Masern 2. Grippe 3. Pneumonie	Schmerzen im Oberbauch
V. <u>Neurologische Krankheiten</u> 1. Tabes dorsalis 2. Herpes Zoster	Magenperforation Pankreatitis, Hämatemesis
VI. <u>Allergische Krankheiten</u> 1. Akute allergische Reaktionen 2. Periarteriitis nodosa 3. Purpura abdominalis	Ileus, Enteritis Mesenterialgefäßverschluss Invagination
VII. <u>Krankheiten der Verdauungsorgane</u> 1. Hiatushernie 2. Dyskinesie der Gallenwege 3. Ileitis terminalis (CROHN) 4. Akute Pankreatitis 5. Darmparasiten	Hämatemesis Perforation der Gallenblase Appendicitis acuta

VIII. Urologische Krankheiten

Ureterstein

Appendicitis acuta, Ileus

IX. Gynäkologische Krankheiten

Adnexitis, Salpingitis

Appendicitis acuta

Gerade bei den akuten Oberbauchbeschwerden erleichtern die gute Anamnese und die genaue Untersuchung die Diagnose und begrenzen die differentialdiagnostischen Möglichkeiten.

I. Vorgeschichte

1. Schmerz, Schmerzbeginn
2. Inappetenz
3. Speiseunverträglichkeit
4. Gewichtsverlust
5. Abneigung gegen bestimmte Speisen (Fleisch, Wurst, Obst, Fett)

II. Schmerz

1. Dauer des Schmerzes bis zur klinischen Aufnahme
Stunden?
Tage?
Monate?
2. Art des Schmerzes
plötzlich
anfallweise
Kolik
wellenförmig
Nüchternschmerz
Dauerschmerz
3. Lokalisation des Schmerzes
rechter Oberbauch
linker Oberbauch
Oberbauchmitte
ganzer Oberbauch
diffuses Abdomen
4. Ausstrahlung des Schmerzes
in die Leistengegend
in die Schulter (rechts/links)
in den Rücken
gürtelförmige Ausbreitung
nach rechts
nach links
zirkulär
5. Die Häufigkeit des Schmerzes
erster Schmerzanfall
häufigere Schmerzanfälle

- III. Begleiterscheinungen des Schmerzes
 Singultus
 Übelkeit
 Erbrechen
 Bluterbrechen
 Schwindel
 Ohnmacht
 Temperatur
 Diarrhoe mit oder ohne Blut
 Obstipation
 Teerstühle
- IV. Klinische Zeichen
1. Der Kreislauf
 Puls
 Blutdruck
 massive Blutung
 Schock
 Haut und Schleimhaut
 2. Lokalbefund
 Druckschmerz bei weichem Bauch
 Abwehrspannung
 brettharter Bauch
 tastbarer Tumor: rechts
 links
 Mitte
 3. Laborbefunde
 a) Blut: Leukocytose
 Hämoglobin
 Hämatokrit
 B. K. S.
 Diastase
 Zucker
 b) Urin: Erythrozyten
 Leukocyten
 Eiweiss
 Zucker
 Indikan
 Diastase
 4. Röntgenbefund
 Luftsichel
 Spiegelbildung

Taktik der Untersuchung und die Sofortbehandlung beim akuten Oberbauchsyndrom ergeben sich aus zwei Tabellen von H. H. BERG (1932) die auch heute noch Gültigkeit besitzen.

Taktik der Untersuchung beim akuten abdominellen Geschehen

Differentialdiagnose zwischen Ileus, Ulcusperforation, Pankreatitis usw.

- A. Sofort: Klinische Gesamtuntersuchung (einschliesslich Temperatur, Puls, Kreislaufverhalten (evtl. EKG, Koronarverschluss?) rectaler Palpation, Untersuchung des ZNS, evtl. Augen (Glaukom) usw.)
- B. Blutstudium: Blutbild, insbesondere Leukocytenzahl, Linksverschiebung? Venenblut: Bilirubin, Blutzucker, WaR, evtl. Rest-N, Gruber Widal, bakt. Untersuchungen (Sepsis? abdominelle Infarzierungen)
- C. Harnuntersuchung:
(evtl. Katheterismus)
Ausser den üblichen Proben: Gallenfarbstoffe, Urobilinogen, Indikan, evtl. laufend Diastase, evtl. Hämatoporphyrin usw.
- D. Stuhl, Erbrochenes:
Blut? Speisereste? Parasiten? Schleim?
(je nach der klinischen Situation)
- E. Röntgen: Stets Thoraxdurchleuchtung (Fahnden nach Spontanpneumothorax, Zwerchfellhernie, Pneumonie, Infarkt, Pleuritis (Durchwanderung), Herz- und Gefässveränderung usw.)
- F. Bauchstudium: 1. Leeraufnahme mit horizontalem Strahlengang (liegend oder stehend) Spiegelbildung? Freies Gas? mit vertikalem Strahlengang - Konkrement? Gasverteilung? usw.
2. Mit Kontrastfüllung (Vorsicht!) per Klysma bzw. per os nur dann, wenn evtl. sofort chirurgisch eingegriffen werden kann und nur mit wasserlöslichen Kontrastmitteln.
Röntgentechnik:
Wenn möglich, Durchleuchtung und Aufnahme, evtl. unter Verzicht auf Durchleuchtung und Palpation, nur mit Aufnahmen.
Ähnliches Vorgehen auch bei der Röntgenuntersuchung Frischoperierter.

Synchrone Taktik der Untersuchung und präoperative Vorbereitung oder Sofortbehandlung beim sog. "akuten Abdomen"

- A. Schmerzbekämpfung:
Dolantin, Novalgin, Atropin (cave Alkaloide!)
- B. Magen-Darmentleerung:
Magensonde, Darmsonde (nach Miller-Abbot, Cantor, Harris)
- C. Schockbekämpfung:
Bluttransfusion als wirkungsvollste Massnahme.
Unter besonderen Umständen: Plasma, Serum, Periston.
Herzbehandlung: Strophanthin.
- D. Beseitigung grober Störungen im Wasser- und Elektrolythaushalt:
Adäquate Infusionstherapie (RONDALL, HEGEMANN)
- E. Chemotherapie: Antibiotica; wegen ihrer schnelleren Wirkung bevorzugt: Penicillin, Streptomycin, Aureomycin, Terramycin.
- F. Operation möglichst erst nach Beseitigung des Schocks und Besserung des Allgemeinbefindens.

Dieses Vorgehen bewahrt den Arzt am ehesten vor Fehldiagnosen und den Kranken vor einer unnötigen Laparotomie.

Die Diagnostik des akuten Oberbauchsyndroms ist eine Diagnostik am hohen Seil. Denn es sind keineswegs nur die akuten Oberbaucherkrankungen, deren Anamnese Stunden oder Tage zurückliegt, wie z.B. ein perforiertes Magengeschwür, eine akute Pankreatitis oder akute Cholecystitis, sondern auch subakute und chronische Erkrankungen mit akutem Schub, wie beispielsweise Gallenkolik, maligne Magenstenosen, stenosierende Gallengangskarzinome oder ein in das Pankreas penetrierendes Duodenalulcus.

So mannigfaltig wie die Symptome sind auch die Erkrankungen, die das Bild eines akuten Oberbauchgeschehens hervorrufen bzw. vortäuschen können. Eine Übersicht gibt die folgende Zusammenstellung.

Differentialdiagnose des akuten Oberbauchsyndroms (abgeändert nach HEGGLIN)

I. Magen und Zwölffingerdarmerkrankungen

1. funktionelle Störungen
2. akute Gastritis
3. Ulcus ventriculi
4. Ulcus duodeni
5. Magenkarzinom
6. massive Ösophagusblutung
7. massive Magenblutung
8. freie Perforation des Magen-Zwölffingerdarmgeschwürs
9. freie Perforation des Ulcus pepticum jejunum
10. freie Perforation eines Magenkarzinoms
11. gedeckte Magenperforation

(seltene Magenkrankungen)

12. Magensarkom
13. Polyposis ventriculi
14. Magenlues
15. Magentuberculose
16. Lymphogranulom des Magens
17. Aktinomykose
18. Linitis plastica
19. Duodenaldivertikel
20. Hernia diaphragmatica
21. maligne Duodenalstenose
22. Magenkarzinom Pylorusstenose
23. Gastroenteritis

(sec. Gastritisformen)

24. a) allgem. Erkrankung
 - b) chron. Urämie
 - c) chron. Leberkrankheiten
 - d) Perniciosa
 - e) Stauungsgastritis
 - f) Medicamentenabusus
 - g) allergische Gastritis

(nach Operation des Magens)

25. a) Ulcus pepticum jejunum
- b) Dumping-Syndrom
- c) Mangelsymptome
- d) agastrisches Syndrom
- e) Magenstumpfkarcinom nach Billroth II
- f) Bauchdeckenabscess nach Magenoperation
- g) Stumpfgastritis nach Billroth II
- h) Magenulcusblutung nach Billroth II
- i) Konglomerattumor nach Billroth II

- 26. Cardiakarzinom
- 27. Ösophaguskarzinom
- 28. Magenpolyp
- 29. entz. Stenose der Cardia

II. Von Gallenwegen und Leber ausgehende Schmerzen:

- 1. Cholezystitis
- 2. Cholelithiasis
- 3. Gallenwegsbeschwerden bei nicht nachgewiesenen Steinen
 - a) Gallenwegsdyskinesien
 - b) Anomalie der Gallenwege in Lage und Form
 - c) Dyskinesie des Sphincter Oddi
- 4. freie Perforation der Gallenblase
- 5. Chilaiditi-Syndrom
- 6. Leberschwellung
 - a) Hepatitis
 - b) Cholangitis
 - c) Abscess
 - d) Echinokokkus
 - e) akute Stauungsleber
 - f) Lebercirrhose
 - g) gedeckte Perforation der Gallenblase
 - h) Gallenblasenempyem
 - i) Gallenblasenkarzinom
 - j) subphrenitischer und subhepatischer Abscess
 - k) Choledochusstein
 - l) Cholostatische Hepatose
- 7. Schrumpfgallenblase
- 8. Gallengangskarzinom
- 9. perforiertes Gallenblasenempyem
- 10. pericholezystitischer Abscess
- 11. Cholangiolithiasis
- 12. Gallenblasenhydrops
- 13. Lebermetastasen

III. Pankreasaffektionen

- 1. akute Pankreasnekrose
- 2. subakute Pankreasnekrose
- 3. Steine im Ductus pankreaticus
- 4. Pankreatitis
- 5. Pankreasgeschwülste
 - a) Kongenitale Pankreaszysten
 - b) Retentionszysten
 - c) Zystadenome
 - d) Pseudozysten
 - e) Pankreaskarzinom
 - f) perforierte Pankreaszyste

g) lymphoreticuläres Neoplasma im Pankreasbereich

6. Pankreasabscess

7. Diabetes mellitus

IV. Von der Milz ausgehende Schmerzen

1. Splenomegalie

2. Milzinfarkt

3. Traumatische Milzruptur

4. Spontane Milzruptur

5. Milzblutung nach Milzpunktion

V. Vom Darm ausgehende Schmerzen

1. Obturationsileus

2. Strangulationsileus

3. paralytischer Ileus

4. Subileus

5. Ileus

6. Adhäsions oder Bridenileus

7. Colonkarzinom

8. Meckelsches Divertikel

9. Endometriose

10. akute Appendicitis, frühestes Stadium, hochgelegen

11. Volvulus des Magens

12. Volvulus des Dickdarms

13. Volvulus des Dünndarms

14. Netztorsion

15. Hiatushernie

16. eingeklemmte Zwerchfellhernie

17. epigastrische Hernie

18. akute Colitis

19. akute Enteritis

20. Ileitis terminalis

21. akute Darmblutung

22. angeborene Duodenalatresie

23. Polyposis des Dickdarms

24. perityphlitischer Process

25. Nabelhernie

26. Colitis ulcerosa

27. Darmblutung

28. Darmruptur

VI. Gefäßbedingte Schmerzen

1. akuter arterieller Gefäßverschluss der Mesenterialgefäße

a) Embolie

b) Arteriosklerose der Bauchgefäße

2. Aneurysma der Aorta abdominalis

3. Aneurysma dissecans

4. Mesenterialvenenthrombose

5. akute Pfortaderthrombose
6. Milzvenenthrombose
7. Herzinfarkt

VII. Abdominalkrämpfe bei Intoxikationen

1. Bleiintoxikation
2. Porphyrie
3. Thalliumvergiftung
4. präcomatöses Stadium (Coma diabeticum)
5. Hypoglykämie
6. Nicotinabusus
7. Störung der endokrinen Drüsen
 - a) Simmondsche Krankheit
 - b) Nebennierenrindentumoren
 - c) Hyperthyreose
8. essentielle Hyperlipämie
9. Essigsäureverbrennung

VIII. Ausstrahlende Schmerzen bei Nierenkolik

IX. Vom Peritoneum ausgehende Schmerzen

1. Peritonitis bei Magen-Zwölffingerdarmperforation
2. Peritonitis bei Darmperforation
3. Peritonitis bei ulcerösen Processen
 - a) Typhus
 - b) Tuberkulose
 - c) Peritonitis carcinomatosa
4. Pneumokokkenperitonitis
5. Aszites
6. Streptokokkenperitonitis
7. Gonokokkenperitonitis
8. Peritonitis bei eitriger Entzündung der Adnexe
9. Durchwanderungsperitonitis bei schweren Darmentzündungen
10. postoperative Peritonitis
11. retroperitonealer Tumor
12. Peritonitis

X. Neural bedingte Schmerzen

1. gastrische Krisen bei Tabes dorsalis
2. Spondylarthrosis
3. Spondylitis
4. Erkrankung der Wirbelsäule

XI. Ausstrahlende Schmerzen im Bereich der Thoraxorgane

1. Pleuritis diaphragmatica
2. Pneumonie
3. Pericarditis
4. Vorhofflimmern
5. Herzinfarkt
6. Lungeninfarkt

Bauchwandabscess

Eine Ergänzung bildet die Tabelle über die Differentialdiagnose der häufigsten Erkrankungen beim akuten Oberbauchsyndrom nach RE-QUARTH (entnommen J. WIRTH: Frühdiagnose des akuten Abdomens).

Differentialdiagnose der akuten chirurgischen Oberbaucherkrankungen (nach REQUARTH)

	Akute Appendicitis	Akute Cholecystitis	Gallenkolik	Akute Magen-
ALTER	jedes Alter, meist 10-30	gewöhnlich über 40, meist	siehe akute Cholecystitis	meist 20-50,
GESCHLECHT	Jahre, beide Geschlechter	corpulente Frauen		schlechter, se
BEGINN	allmählich	allmählich	abrupt	abrupt
SCHMERZ- BESCHAFFEN- HEIT	Dauerschmerz, erst epiga- strisch, später lokalisiert über re. Darmbeingrube	heftig und kolikartig mit Ausstrahlung rechtes Schulterblatt	überaus quälend, kolik- artig mit typischer Aus- strahlung in Brust und rechtes Schulterblatt	dolchstichtarti- te OB-schmerz
ERBRECHEN	immer Appetitlosigkeit, oft Brechreiz bzw. Erbrechen	wiederholt	wiederholt	gelegentlich
AUSSEHEN	nicht schwer krank, ausser bei Peritonitis	schmerzgezeichnet, oft vorübergehend gelb	schockgezeichnet, unru- hig, oft subkterische Skleren	schockgezeich- unruhig
TEMPERATUR	nach 4-6 Std. 37,5-37,9, später höher bei Peritoneal- beteiligung	mittlere Temperatur		subnormal
DRUCK- EMPFIND- LICHKEIT	lokalisiert über rechter Darmbeingrube, Loslag- ungsschmerz	lokalisiert über re. Ober- bauch unter 9. Rippenans. bei peritonealer Beteiligung reflekt. Muskelabwehrspan- nung	wie akute Cholecystitis, wird oft für Magenkrampf gehalten	brettharte Bau- spannung, stark empfindliche Oberbauch
AUS- KULTATION				Darmgeräusche
REKTAL- UNTER- SUCHUNG	positiv	negativ	negativ	positiv
LABOR	Leukocytose	Leukocytose		Leukocytose

Infektion	Akuter Dünndarmileus	Akute Pankreatitis	Pneumonie	Koronarverschluss
alle Geschlechter, Frauen	Jedes Alter und Geschlecht	30-60, meist Frauen mit Gallensteinleiden	jedes Alter und Geschlecht	meist über 40, männlich
	plötzlich	abrupt	akut	akut
und konstant	wehenartige Schmerzen über dem ganzen Bauch	stärkste Oberbauchschmerzen konstant mit Ausstrahlung linke Schulter	Brust- und Oberbauchschmerzen	stechende, qualvolle Schmerzen, die in li. Schulter und li. Arm sowie OB ausstrahlen
	wiederholt, später faekulent	immer		reflektorisch
	erschöpft, schockartig	schwerste Prostration, extremer Kollaps	unruhige, gerötete Wangen, Nasenflügelatmen, gelegentlich Herpes labialis	Dyspnoe, Zyanose, angstverzerrtes Gesicht, Hautschweiß, Patient immer sitzend
	normal	subnormal zu Beginn	hohes Fieber, Schüttelfrost	normal
Recken-Druckm	Druckempfindlichkeit über dem ganzen Bauch	diffuse Muskelabwehrspannung und Druckempfindlichkeit im Oberbauch		wechselnde inkonstante Druckempfindlichkeit im Oberbauch
nen	metallisch klingende Darm- und Spritzgeräusche	Darmgeräusche fehlen	Perkutor, Dämpfung über der Lunge, Bronchialatmung	
	positiv	positiv	negativ	negativ
	Leukocytose	stark erhöhte Diastasewerte im Urin, Hyperglykämie	hohe Leukocytose	Leukocytose, EKG aufschlussreich

re.

1. Chole
2. Gall
3. entz
Ulcu
4. Rupt
Gall
5. Hep
6. Tors
7. Erkr
8. Erkr
(Aus
Schu
9. Erkr
(Aus
10. Erkr
(Aus
bzw.
(Aus
11. Erkr
(Aus
(Nier

ausz

1. Appe
 2. Fleur
 3. Fleur
 4. Unte
 5. Niere
-

Bei den meisten Fällen der akuten Erkrankungen im Oberbauch ist der Schmerz das Hauptsymptom und die häufigste Klage. Gewöhnlich, aber nicht immer, können, wie schon erwähnt, andere Symptome bestehen, die den Schmerz begleiten.

Jede akute Erkrankung, die mit heftigen und anhaltenden Bauchschmerzen eintritt, ist grundsätzlich als schwerwiegender Notfall aufzufassen (Z. COPE) und es kann als allgemeine Regel gelten, dass die Mehrzahl heftiger Bauchschmerzen bei Patienten, die sich bis dahin wohlgefühlt haben, bei einer Dauer von mehr als 6 Stunden auf chirurgische Baucherkrankungen hinweisen.

Die Lokalisation des Schmerzes und seine Ausstrahlung sind oft ein wichtiger Wegweiser für die Diagnose.

Eine Tabelle von COPE über die Differentialdiagnose akuter Oberbaucherkrankungen nach der Lokalisation des Schmerzes engt die Differentialdiagnose ein und ist ein Hinweis für die Diagnose, ehe die Laborbefunde und Röntgenaufnahmen die klinische Diagnose bekräftigen.

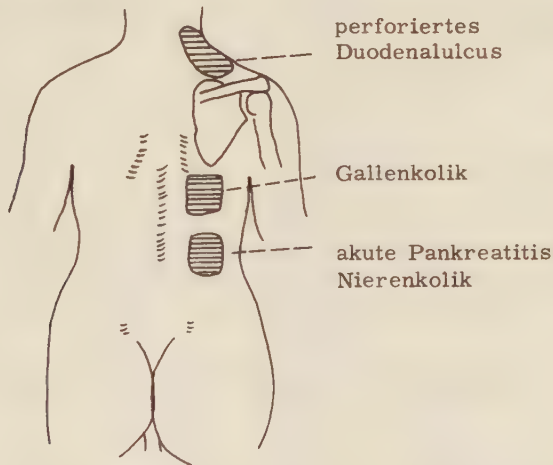
Lokalisation des Schmerzes bei akutem Oberbauch

Oberbauch (seitlich)	li. Oberbauch	Oberbauchmitte (zentral)	diffus
Peritonitis	1. perforiertes Magengeschwür (subphrenischer Prozess)	1. anfänglicher Schmerz der Appendicitis	1. perforiertes Magengeschwür
Darmkolik	2. Jejun-Diverticulitis	2. akute Verlegung des Dünndarms	2. selten; andere Perforationen des Darmkanals
Blutiges oder perforiertes Duodeni	3. Ruptur der Milz (spontan)	3. akute Gastritis	3. ganz selten; Aneurysma dissicans
Entzündung der Gallenblase oder des Gallenganges	4. perforierendes Aneurysma der Milzarterie	4. einfache Darmkolik	
Peritonitis	5. Pankreasaffektionen	5. akute Pankreatitis	
Entzündung der Gallenblase	6. linksseitige Kolonerkrankung	6. extrauterine Schwangerschaft	
Verstopfung der Leber	7. Magenaffektionen		
Verstopfung der Gallenwege	8. Milzkrankungen		
Ausstrahlung oft in rechte Schulter (Leber)	9. Hiatushernien		
Verstopfung des Duodenum			
Ausstrahlung oft in den Rücken)			
Verstopfung des Pankreaskopfes			
Ausstrahlung oft in den Rücken)			
Pankreasaffekt			
Ausstrahlung oft in den Rücken)			
Verstopfung der Niere			
Ausstrahlung in den Hoden)			
Nierensteine)			
Ausschließen		ausszuschließen	
Peritonitis		1. Coronarthrombose	
Peritonitis diaphragmatica dextra		2. tabische Krisen	
Pneumonie		3. Herpes zoster	
Leberaffektionen			
Bauchschmerzen, -Koliken			

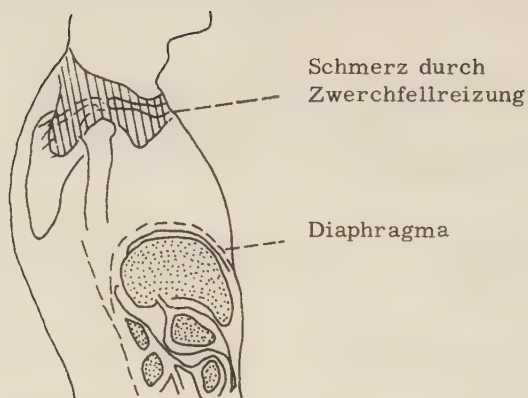
Ein weiterer Hinweis ist die Ausstrahlung des Schmerzes. Er kann von den erkrankten Organen des Oberbauches zur Seite, nach hinten, in den Rücken, nach unten zur Leistengegend und nach oben zur Schulterregion ausstrahlen und so aus der Aetiologie der Organe des Oberbauchs, ihrer Lage zum Zwerchfell, dem Peritoneum, den Nerven, den Gefäßen und den Muskeln, die Diagnostik bekräftigen. Schmerzen im oberen Teil der Schulter können beispielsweise das einzige Warnzeichen sein, das ein in das Zwerchfell perforierender Leberabscess hervorzubringen im Stande ist (ZENKER).

Ebenso kann man den Schmerz in der Schulter lokalisieren beim subphrenischen Abscess, Pleuritis diaphragmatica, akuter Pankreatitis, Gallensteinen, Milzruptur und in einigen Fällen von perforierter Appendicitis mit Peritonitis.

Ausstrahlung des Schmerzes bei akuten Oberbauchaffektionen



(Die Zeichnung zeigt diejenigen Stellen der rückwärtigen Körperoberhälfte, auf die der Schmerz bei akuten Oberbauchprozessen bezogen wird (COPE)).



(Schulterregion, in der eine Zwerchfellreizung Schmerzen erzeugen kann (COPE)).

VI. EIGENES KRANKENGUT

Vom 1. Januar 1957 bis 31. Dezember 1961 wurden in der Chirurgischen Universitäts-Klinik München insgesamt 1073 Kranke mit akutem Oberbauchsyndrom stationär behandelt. Es handelte sich dabei um 528 Männer und 545 Frauen. Die jahresmässige Verteilung ergibt sich aus Tabelle 1.

Jahrgang:	zusammen	Männer	Frauen
1957	140	64	76
1958	203	125	78
1959	213	113	100
1960	235	120	115
1961	282	123	159

TABELLE 1
Anzahl der Fälle nach Jahren

Hierbei zeigt sich ein langsames, doch kontinuierliches Ansteigen, besonders auch bei den weiblichen Patienten. Das gesamte Krankengut hat sich innerhalb von 5 Jahren verdoppelt.

Es muss dabei betont werden, dass alle akuten und subakuten Erkrankungen sowie auch die chronischen Krankheitsfälle mit akutem Schub erfasst wurden. Die Verteilung der verschiedenen Erkrankungen ergibt sich aus Tabelle 2.

	zusammen:	Männer:	Frauen:
1. Magen und Duodenum	498	330	168
2. Gallenwege und Leber	341	99	242
3. Darm	122	44	78
4. Pankreas	65	28	37
5. Abdominalgefäße	15	8	7
6. Peritoneum	13	7	6
7. akutes Abdomen (ungeklärt)	10	7	3
8. Milz	2	2	-
9. neural bedingt	3	-	3
10. Intoxikation	1	1	-
11. Bauchwandabscess	1	1	-
12. Cardial bedingt	2	2	-
	1073	529	544

Es zeigt sich also, dass die Erkrankungen der Organe des oberen Verdauungstraktes bei weitem an der Spitze stehen. Die übrigen, ein akutes Oberbauchsyndrom auslösenden Krankheitsursachen spielen dagegen eine völlig untergeordnete Rolle. Die prozentuale Verteilung macht das Bild noch anschaulicher (Tabelle 3): Über 90 % der Erkrankungsfälle stellt der obere Verdauungstrakt.

1. Magen und Duodenum	46,4 %
2. Gallenwege und Leber	35,6 %
3. Darm	11,4 %
4. Pankreas	6,24 %
5. Gefäße	1,3 %
6. Peritoneum	0,37 %
7. Milz	0,09 %
neural bedingte	0,09 %
Intoxikationen	0,09 %

TABELLE 3
Häufigste Erkrankung (allgemein)

Vergleicht man in diesem Zusammenhang die Geschlechtsverteilung der einzelnen Erkrankungen, so fällt auf, dass bei den Männern die Magen-Duodenalkrankheiten und bei den Frauen die Erkrankungen der Leber und der Gallenwege die erste Rolle spielen. Bei den Bauchspeicheldrüsenbeteiligungen halten sich Männer und Frauen die Waage.

Erkrankung von:	Männer:	Frauen:
1. Magen und Duodenum	62,5 %	31,5 %
2. Gallenwege und Leber	18,75 %	44,0 %
3. Darm	8,33 %	14,3 %
4. Pankreas	5,11 %	7,15 %
5. Gefäße	1,52 %	2,75 %
6. Peritoneum	1,32 %	2,38 %
7. Milz	0,76 %	0,73 %

TABELLE 4
Häufigste Organerkrankung im Verhältnis Männer zu Frauen

Diagnose	Anzahl der Fälle	Männer	Frauen	Behandlung		Letalität		über 60 Jahre		Gesamt- letalität	Erfolg	
				op.	kons.	op.	kons.	Zahl	Letalität		gebessert geheilt	ungeheilt
Funktionelle Magenstörung	2	2	-	1	1	-	-	-	-	-	2	-
Akute Gastritis	21	10	11	2	19	-	-	-	-	-	21	-
Ulcus ventriculi	54	39	15	39	15	4	-	16	3	4	50	-
Ulcus duodeni	37	28	9	30	7	1	-	9	1	1	36	-
Magenkarzinom	191	114	77	110	81	32	13	112	32	45	78	68
Massive Ösophagusblutung	6	2	4	1	5	-	5	2	2	5	1	-
Massive Magenblutung	30	19	11	15	15	3	8	9	4	11	18	1
Freie Perforation des Magen-Duodenalulcus	48	38	10	47	1	10	1	7	4	11	37	-
Gedechte Magenperforation	5	4	1	5	-	2	-	1	1	2	3	-
Magensarkom	2	1	1	-	2	-	1	2	1	1	1	-
Polyposis ventriculi	3	1	2	3	-	-	-	2	-	-	3	-
Duodenaldivertikel	2	2	-	2	-	-	-	1	-	-	2	-
Hernia diaphragmatica	1	1	-	1	-	-	-	1	-	-	1	-
Maligne Duodenalstenose	1	1	-	1	-	-	-	1	-	-	1	-
Pylorusstenose bei Magenkarzinom	2	2	-	2	-	-	-	1	-	-	1	1
Gastroenteritis	14	3	11	-	14	-	-	1	-	-	14	-
Ulcus pepticum jejuni	8	6	2	5	3	-	-	2	-	-	8	-
Magenstumpf-Karzinom nach Billroth II	14	10	4	7	7	1	1	3	2	2	4	9
Bauchdeckenabscess	1	1	-	1	-	-	-	-	-	-	1	-
Stumpfgastritis nach Billroth II	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-
Magenulcusblutung nach Billroth II	3	3	-	1	2	-	-	1	-	-	3	-
Cardia-Karzinom	48	35	7	26	16	11	2	18	8	13	17	12
Ösophaguskarzinom	1	1	-	-	1	-	1	-	-	-	-	1
Magenpolyp	2	2	-	2	-	-	-	1	1	1	1	-
Gedechte perforierter Duodenalulcus	5	3	2	1	4	-	-	-	-	-	5	-
Entzündliche Stenose der Cardia	1	1	-	1	-	1	-	1	1	1	-	-
	497	329	168	303	193	65	32	191	60	97	310	92

TABELLE 5
Verteilung der Fälle nach Organerkrankung und Geschlecht
Magen- und Zwölffingerdarkerkrankung:

Eine Differenzierung der Magen-Zwölffingerdarmerkrankungen nach der speziellen Organerkrankung und nach Geschlecht ergibt wertvolle Aufschlüsse. Es zeigen sich einwandfrei die auch sonst gefundenen Verteilungen. Ausserdem gibt die Tabelle ein aufschlussreiches Bild über die Beteiligung der einzelnen Krankheitsbilder am akuten Oberbauchgeschehen. Besonders erstaunlich ist die hohe Zahl von Magenkarzinomen. Die Tabelle gibt weiterhin Aufschluss über das therapeutische Vorgehen. Das Verhältnis der operierten Kranken zu den konservativ behandelten Patienten zeigt auch ohne genaue Differenzierung, dass keineswegs zu häufig operiert wurde. So sind beispielsweise die akuten Gastroenteritiden fast ausnahmslos konservativ behandelt worden. Schliesslich demonstriert diese Tabelle die Letalität und den operativen Erfolg. Letztere ist erwartungsgemäss bei den Cardia und Magenkarzinomen sehr nieder.

Eine gute Übersicht über die von den Gallenwegen und der Leber ausgehenden Schmerzen beim akuten Oberbauchgeschehen ergibt Tabelle 6.

	Anzahl der Fälle	Männer	Frauen	Behandlung		Letalität		über 60 Jahre		Gesamt- letalität	Erfolg	
				op.	kons.	op.	kons.	Zahl	Letalität		gebessert geheilt	ungeheilt
Cholelithiasis	151	46	105	136	15	7	-	45	4	7	144	-
Cholezystitis	89	23	66	39	50	2	1	27	3	3	86	-
Gallenbeschwerden bei nicht nachgewiesenen Steinen	1	-	1	-	1	-	-	1	-	-	1	-
freie Perforation der Gallenblase	6	3	3	6	-	3	-	5	-	3	3	-
Gallengangskarzinom	9	2	7	4	5	-	-	5	2	3	3	3
Cholangitis	1	-	1	-	1	-	-	-	-	-	1	-
Gallenblasenempyem	39	8	31	34	5	5	-	18	-	5	34	-
Abscess	2	2	-	1	1	-	-	-	-	-	2	-
Lebercirrhose	4	4	-	-	4	-	1	-	-	1	3	-
Gedekte Perforation der Gallenblase	1	1	-	1	-	1	-	-	-	-	1	-
Gallenblasenkarzinom	8	-	8	3	5	3	2	5	-	5	-	3
subphrenitischer und subhepatischer Abscess	3	2	1	3	-	1	-	1	-	1	2	-
Cholostatische Heparose	2	2	-	1	1	-	-	-	-	-	2	-
Choledochusstein	10	2	8	10	-	1	-	6	1	1	9	-
Schrumpfgallenblase	6	2	4	5	1	-	1	3	1	1	5	-
perforiertes Gallenblasen- empyem	2	-	2	2	-	-	-	2	-	-	2	-
Cholangiolithiasis	2	-	2	2	-	1	-	2	1	1	1	-
Gallenblasenhydrops	3	-	3	1	2	1	2	2	-	-	3	-
Lebermetastasen bei unbekanntem Primärtumor	1	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	1
	341	99	242	247	93	24	7	123	15	31	302	7

TABELLE 6

Von den Gallenwegen und der Leber ausgehende Schmerzen

Den Hauptanteil nehmen die Cholelithiasis, die Cholecystitis und das Gallenblasenempyem für sich in Anspruch. Alle übrigen Erkrankungen spielen dagegen eine tertiäre Rolle. Im Gegensatz zu Tabelle 5 überwiegen hier bei weitem die Frauen. Ein operatives Eingreifen war bei den Erkrankungen der Leber und Gallenwege öfters erforderlich als bei den Magenerkrankungen. Die Letalität ist mit etwas über 10 % sicher nicht nieder. Man muss allerdings berücksichtigen, dass in diesen Zahlen sämtliche Malignome und chronische Lebererkrankungen einbezogen sind. Im ganzen gesehen ist die Quote der geheilten beziehungsweise gebesserten Kranken relativ hoch.

Unter dem Krankengut findet sich eine relativ hohe Zahl von Pankreaserkrankungen. An der Spitze stehen mit Abstand die akute Pankreasnekrose und das Pankreaskarzinom. Wie zu erwarten, überwiegen die weiblichen Patienten. Nicht ganz die Hälfte gehört dem 7ten Dezennium und darüber an.

Diagnose	Anzahl der Fälle	Männer	Frauen	Behandlung		Letalität		über 60 Jahre		Gesamt- letalität	Erfolg	
				op.	kons.	op.	kons.	Zahl	Letalität		gebessert geheilt	ungeheilt
Akute Pankreasnekrose	28	10	18	1	15 kons. 12 Probel.	2	1	7	2	3	24	1
benigne Pankreasgeschwülste	2	2	0	2	0	0	0	2	0	0	0	2
Pankreaskarzinom	5	4	1	0	5 Probel.	0	0	3	0	0	0	5
Pankreaskopfkarzinom	21	5	16	1	20 Probel.	1	3	12	4	4	7	10
Zystadenom	2	2	0	1	1	0	0	0	0	0	0	2
Pseudocyste	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1
entzündliche Pankreascyste	3	2	1	2	1	0	0	0	0	0	2	1
Pankreasabscess	3	2	1	3	0	0	0	2	0	0	1	2
	65	28	37	11	54	3	4	27	6	7	34	24

TABELLE 7
Pankreasaffektionen

Nur zwei Kranke hatten ihre akuten Oberbauchbeschwerden von Seiten der Milz, und zwar handelte es sich um eine traumatische Milzruptur und eine Milzruptur nach Punktion. Beide Kranke wurden operiert und damit gesund.

Diagnose	Anzahl der Fälle	Männer	Frauen	Behandlung		Letalität		über 60 Jahre		Gesamt- letalität	Erfolg	
				op.	kons.	op.	kons.	Zahl	Letalität		gebessert geheilt	ungeheilt
traumatische Milzruptur	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0
Milzblutung nach Punktion	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0
	2	2	0	2	0	0	0	0	0	0	2	0

TABELLE 8
Von der Milz ausgehende Schmerzen

Die vom Darm ausgehenden Schmerzen werden von einer Vielzahl von Grundkrankheiten hervorgerufen. Weit an der Spitze steht in irgendeiner Form der Ileus. Eine grosse Rolle spielt danach das Dickdarmkarzinom.

Entsprechend der Grundkrankheit ist das therapeutische Vorgehen in der Hauptsache operativ. In unserem Krankengut ist die Letalität fraglos sehr hoch. Der Grund ist einerseits darin zu suchen, dass viele Patienten in dem entsprechenden Zustand von anderen Krankenhäusern überwiesen und andererseits fast die Hälfte über 60 Jahren alt waren.

	Anzahl der Fälle	Männer	Frauen	Behandlung		Letalität		über 60 Jahre		Gesamt- letalität		Erfolg	
				op.	kons.	op.	kons.	Zahl	Letalität	Zahl	%	gebessert geheilt	ungeheilt
Strangulationsileus	11	2	9	11	-	7	-	7	5	7	-	4	-
Adhäsionsileus	3	-	3	3	-	1	-	1	1	1	-	2	-
Paralytischer Ileus	13	8	5	9	4	9	2	6	6	11	-	2	-
Subileus	21	6	15	-	21	-	4	9	3	4	-	17	-
Ileus	22	4	18	15	7	7	2	11	8	9	-	11	2
Colonkarzinom	16	10	6	14	2	5	-	11	4	5	-	9	2
Volvulus des Magens	1	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-
Akute Appendicitis	1	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-
frühestes Stadium, hochgelegen	1	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-
Epigastrische Hernie	3	1	2	3	-	1	-	1	1	1	-	2	-
Hiatushernie	6	3	3	5	1	-	-	3	-	-	-	6	-
Akute Colitis	5	1	4	1	4	1	-	1	-	1	-	4	-
Enteritis	7	5	2	5	2	3	1	2	2	4	-	2	1
Angeborene Duodenalatresie	2	2	-	1	1	-	-	-	-	-	-	2	-
Perityphlitischer Abscess	2	1	1	2	-	-	-	1	-	-	-	2	-
Nabelhernie	4	1	3	3	1	1	-	-	-	1	-	3	-
Colitis ulcerosa	3	1	2	3	-	2	1	-	-	3	-	-	-
Darmblutung	1	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	1	-
Darmruptur	1	1	-	1	-	-	-	1	-	-	-	1	-
	122	47	75	78	44	37	10	54	30	47	-	70	5

TABELLE 9

Vom Darm ausgehende Schmerzen

Wie in Tabelle 10 ersichtlich, finden sich in unserem Krankengut unter den gefässbedingten Schmerzen gleichmässig arterielle Verschlüsse und Phlebothrombosen der Bauchgefässe verteilt. Männer und Frauen sind im gleichen Masse beteiligt. Entsprechend der Erkrankung und der klinischen Symptomatologie musste relativ häufig operiert werden. Die Gesamletalität ist im Hinblick auf die Grundkrankheit hoch. Allerdings handelt es sich dabei fast ausnahmslos um Patienten über 60 Jahre.

Diagnose	Anzahl der Fälle	Männer	Frauen	Behandlung		Letalität		über 60 Jahre		Gesamt- letalität	Erfolg	
				op.	kons.	op.	kons.	Zahl	Letalität		gebessert geheilt	ungeheilt
Akut arterieller Verschluss der Mesenterialgefäße	2	-	2	-	2	-	2	2	2	2	-	-
Embolie	2	2	-	2	-	-	2	2	2	2	-	-
Arteriosklerose der Bauchgefäße	2	2	-	1	1	-	2	2	2	-	-	-
Aneurysma der Aorta abdominalis	2	2	-	1	1	1	-	1	1	1	1	-
Mesenterialvenenthrombose	5	2	3	2	3	2	3	4	4	5	-	-
Milzvenenthrombose	2	-	2	1	1	-	-	-	-	-	2	-
	15	8	7	7	8	3	9	11	11	12	3	-

TABELLE 10
Gefäßbedingte Schmerzen

	Anzahl der Fälle	Männer	Frauen	Behandlung		Letalität		über 60 Jahre		Gesamt- letalität	Erfolg	
				op.	kons.	op.	kons.	Zahl	Letalität		gebessert geheilt	ungeheilt
<u>Essigsäureverätzung</u>	1	1	-	1	-	1	-	-	-	1	-	-

TABELLE 11
Abdominalkrämpfe bei Intoxikationen

Wie Tabelle 11 zeigt haben wir in unserem Krankengut nur einen Patienten mit Abdominalkrämpfen bei Essigsäureverätzung beobachtet. Er wurde operiert, starb jedoch infolge der schweren Schädigung.

Diagnose	Anzahl der Fälle	Männer	Frauen	Behandlung		Letalität		über 60 Jahre		Gesamt- letalität	Erfolg	
				op.	kons.	op.	kons.	Zahl	Letalität		gebessert geheilt	ungeheilt
Retroperitonealer Tumor	2	2	-	1	1	-	-	1	-	-	1	1
Peritonitis	2	-	2	-	2	-	1	1	1	1	1	-
Peritonitis bei Darmperforation	6	2	4	6	-	5	-	4	4	5	1	-
Peritonitis bei Magen-Zwöl- fingerdarm-Perforation	2	2	-	1	1	1	1	-	-	2	-	-
Ascites	1	1	-	-	1	-	1	-	-	1	-	-
Peritonitis carcinomatosa	1	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	1
	14	7	7	8	6	6	3	6	5	9	3	2

TABELLE 12
Vom Peritoneum ausgehende Schmerzen

Tabelle 12 demonstriert die von dem Peritoneum ausgehenden Schmerz-attacken. Dabei steht die Zahl der Peritonitiden entschieden im Vorder-grund. Die hohe Letalität erklärt sich aus dem fortgeschrittenen Befund.

Diagnose	Anzahl der Fälle	Männer	Frauen	Behandlung		Letalität		über 60 Jahre		Gesamt- letalität	Erfolg	
				op.	kons.	op.	kons.	Zahl	Letalität		gebessert geheilt	ungeheilt
Gastrische Beschwerden bei Tabes	1	-	1	-	1	-	-	1	-	-	1	-
Erkrankungen der Wirbelsäule	1	-	1	-	1	-	-	-	-	-	1	-
Spondylitis	1	-	1	-	1	-	-	-	-	-	1	-
	3	-	3	-	3	-	-	1	-	-	3	-

TABELLE 13
Neural bedingte Schmerzen

Tabelle 13: Demgegenüber spielen die neural bedingten Schmerzanfälle eine vollkommen untergeordnete Rolle. Auffallend ist dabei, dass zweimal Wirbelsäulenbeschwerden zu diesen akuten Erscheinungen führten.

Diagnose	Anzahl der Fälle	Männer	Frauen	Behandlung		Letalität		über 60 Jahre		Gesamt- letalität	Erfolg	
				op.	kons.	op.	kons.	Zahl	Letalität		gebessert geheilt	ungeheilt
Pleuritis diaphragmatica	1	-	1	-	1	-	-	-	-	-	1	-
Vorhofflimmern	2	2	-	-	2	-	2	-	2	-	-	-
	3	2	1	-	3	-	2	-	2	-	1	-

TABELLE 14
Von Thoraxorganen ausgehende, in das Abdomen verlagerte Schmerzen

Ein diagnostisches Problem stellen die von den Thoraxorganen ausgehenden und in das Abdomen verlagerten Beschwerden dar. In unserem Krankengut finden sich nur 3 Patienten. Diese auffallend niedrige Zahl hängt damit zusammen, dass diese Patienten durchwegs in der medizinischen Klinik aufgenommen wurden. Die Patienten wurden selbstverständlich konservativ behandelt.

Diagnose	Anzahl der Fälle	Männer	Frauen	Behandlung		Letalität		über 60 Jahre		Gesamt- letalität	Erfolg	
				op.	kons.	op.	kons.	Zahl	Letalität		gebessert geheilt	ungeheilt
Akutes Abdomen (ungeklärt)	10	7	3	-	10	-	-	1	-	-	10	-

TABELLE 15
Sogenanntes akutes Abdomen (ungeklärte Fälle)

Tabelle 15 umfasst unter dem Begriff des sogenannten akuten Abdomens die Fälle zusammen, die ungeklärt waren und blieben. Sie wurden konservativ behandelt und beschwerdefrei entlassen.

Diagnose	Anzahl der Fälle	Männer	Frauen	Behandlung		Letalität		über 60 Jahre		Gesamt- letalität	Erfolg	
				op.	kons.	op.	kons.	Zahl	Letalität		gebessert geheilt	ungeheilt
Ausstrahlende Schmerzen bei Nierenkolik	1	1	-	1	-	-	-	-	-	-	1	-

TABELLE 16

Ausstrahlende Schmerzen bei Nierenkolik

Zum Abschluss bringt Tabelle 16: 1 Patienten, bei dem eine schwere Nierenkolik einen heftigen, differentialdiagnostisch nur schwer erfassbaren Oberbauchschmerz hervorrief.

	Behandlung		Alter		Gesamt- letalität		Erfolg	
	op.	kons.	über 60 J.	Letalität			gebessert	ungeheilt
1. Magen	303	195	191	60	97	18 %	310	91
2. Galle	247	93	123	15	31	9,12 %	302	7
3. Darm	78	44	54	30	47	3,85 %	70	5
4. Pankreas	11	54	27	6	7	10,8 %	34	24
5. Abdominalgef.	7	8	11	11	12		3	
6. Peritoneum	8	6	6	5	9		3	2
7. akutes Abdomen	-	10	1	-	-		10	-
8. Milz	2	-	-	-	-		2	-
9. neural bedingt	-	3	1	-	-		3	-
10. Intoxikation	1	-	1	-	1		-	-
11. Ausstrahlender Schmerz im Bereich des Thorax	-	3	-	-	-		3	-
Zusammen	657	416	415	127	204		740	129
in % 1073 = 100 %	61 %	39 %	40,5 %	31 %	19 %		69 %	12 %

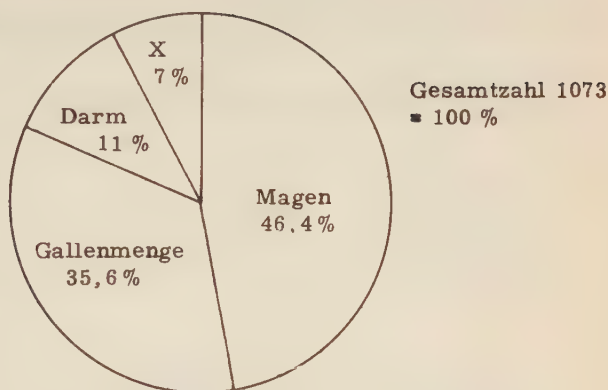
TABELLE 17

Gesamtübersicht

In Tabelle 17 werden alle die Erkrankungen, die in unserem Krankengut ein akutes Oberbauchsyndrom hervorgerufen haben, zusammengefasst, wobei die Gesamtletalität und der Erfolg der Art der Behandlung gegenübergestellt wird. Die zum Teil hohen Letalitätsquoten finden in den oft desolaten Fällen und den niedrigen Fallzahlen ihre Erklärung. In diesem Sinne ist auch der nicht immer wünschenswerte Erfolg zu erklären.

ABBILDUNG I

Verteilung der Erkrankungen in %



X = 7 %: Pankreas; Gefäße; Peritoneum; Milz; (neural) NS; Intoxikationen

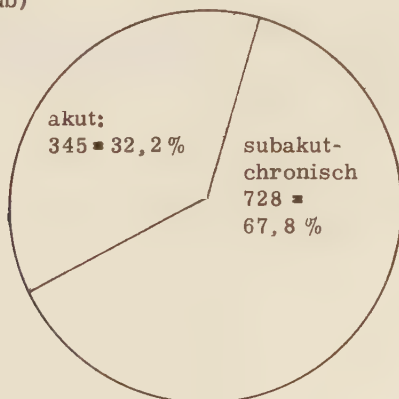
Einen guten Überblick über die prozentuale Verteilung der verschiedenen Organerkrankungen am akuten Oberbauchgeschehen vermittelt die Abbildung I. Es zeigt sich, dass fast 50 % der Beschwerden auf den Magen und über ein Drittel auf die Gallenwege entfallen.

ABBILDUNG II

Gesamtzahl der Fälle: 1073

akut: 345 = 32,2 %

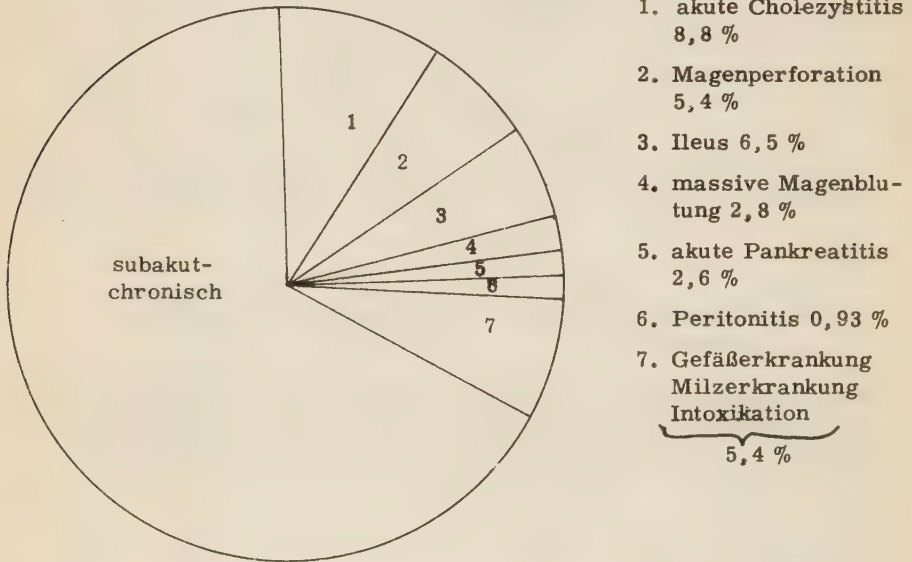
subakut-chronisch: 728 = 67,8 %
(mit akutem Schub)



In Abbildung II wird deutlich dargestellt, dass gut zwei Drittel aller Erkrankungsfälle mit akutem Schub bei chronisch rezidivierenden Erkrankungen in die Klinik eingewiesen wurden. Nur ein Drittel kam unter einem akuten, erstmals aufgetretenen Krankheitsbild.

ABBILDUNG III

Häufigkeit der akuten chirurgischen Erkrankungen im Oberbauch



In Abbildung III soll die Häufigkeit allein der akuten chirurgischen Oberbaucherkrankungen aufgeschlüsselt werden.

Diese Aufschlüsselung des Krankengutes entspricht ungefähr den Angaben in der Literatur, wie bei einem Vergleich mit der Arbeit ZENKERS aus Marburg/Lahn in den Jahren 1948-1953 hervorgeht.

TABELLE 18

	Marburg 1948-1953	München 1957-1961
Peritonitis	1,3 %	0,93 %
massive Magenblutung	3,0 %	2,8 %
Ileus	10,1 %	6,5 %
Magenperforation	2,2 %	5,4 %
akute Pankreatitis	3,1 %	2,6 %
		8,3 %
akute Cholecystitis	12,2 %	14,1 %
		22,4 %
		zusammen

TABELLE 19

Zahl	Alter	Letalität	in %
416	60 J.	davon gest.: 127	= 31 %
657	60 J.	davon gest.: 77	= 11,8 %
1073		204	

Wichtig erscheint noch eine Gegenüberstellung der Letalitätsquoten in Bezug auf das Lebensalter. Hierbei zeigt sich, dass die Sterblichkeit bei Patienten von Beginn des siebenten Lebensdezeniums auch in unserem Krankengut signifikant höher ist.

Damit ist zu betonen, dass die Letalitätsquote von durchschnittlich 19 % im wesentlichen auf folgende Gründe zurückzuführen ist.

1. die grosse Anzahl von Patienten mit malignen Erkrankungen des Magens und der Gallenwege
2. auf die grosse Anzahl von Patienten über 60 Jahren (40,5 %)
3. auf die Erkrankung der Mesenterialgefässe bzw. Thrombose und Embolie der Mesenterialgefässe
4. zu spät eingelieferte Perforationen (nach der 6-Stundengrenze).

Abschliessend wird in der Tabelle 20 die Letalität der operativen derjenigen der konservativen gegenübergestellt.

Naturgemäss ist die Todesquote der operierten Kranken höher, da durchwegs die ernsteren Erkrankungsfälle laparotomiert werden mussten.

TABELLE 20

Letalität nach operativer und konservativer Therapie

	Gesamt- Letalität	operativ	konservativ
Magen und Duodenum	97	65	32
Gallenwege	31	24	7
Pankreas	7	3	4
Darm	47	37	10
Gefäße	12	3	9
Intoxikation	1	1	-
Peritoneum	9	6	3
	204	139	65
in %	204 = 100 %	68 %	32 %

- v. 657 Pat. mit op. Behandlung sind 139 gestorben = 20,5 %
 v. 416 Pat. mit kons. Behandlung sind 65 gestorben = 15,6 %
 v. 1073 Pat. wurden 740 gebessert = 69 %
 129 ungeheilt = 12 %

C. ZUSAMMENFASSUNG

- I. In den Jahren 1957 bis 1961 wurden in der Chirurgischen Universitätsklinik München 1073 Kranke mit akutem Oberbauchsyndrom stationär behandelt. Davon waren 528 Männer und 545 Frauen.
- II. Von diesen 1073 Kranken waren 345 Patienten akut erkrankt, während 678 stationäre Einweisungen wegen eines akuten Schubs bei chronisch-rezidivierenden Erkrankungen erfolgten.
- III. Die häufigsten Oberbaucherkrankungen bei der Frau sind
- | | | |
|--|------|---|
| 1. Erkrankungen der Gallenwege | 44 | % |
| 2. Erkrankungen des Magens und Duodenums | 31,5 | % |
| 3. Erkrankungen des Darms | 31,5 | % |
| 4. Erkrankungen des Pankreas | 7,15 | % |
- und beim Mann
- | | | |
|--|-------|---|
| 1. Erkrankungen des Magens und Duodenums | 62,5 | % |
| 2. Erkrankungen der Gallenwege | 18,75 | % |
| 3. Erkrankungen des Darms | 8,33 | % |
| 4. Erkrankungen des Pankreas | 5,11 | % |
- IV. Die Gesamtverteilung der Erkrankungen beim akuten Oberbauchsyndrom betrug
- | | | |
|---------------------------|------|---|
| 1. Magenerkrankungen | 46,4 | % |
| 2. Gallenwegserkrankungen | 35,6 | % |
| 3. Darmerkrankungen | 11 | % |
| 4. Pankreaserkrankungen | | |
| Milzkrankungen | 7 | % |
| Gefäßerkrankungen | | |
| Peritoneum-Erkrankungen | | |
- V. Von diesem Krankengut wurden
 416 Patienten (= 39 %) konservativ,
 657 Patienten (= 61 %) operativ
 behandelt.
- VI. 414 Patienten (= 40,5 %) waren über 60 Jahre
 657 Patienten (= 59,5 %) waren unter 60 Jahre.
- VII. Die Gesamtletalität betrug 204 = 19 %;
 127 der Verstorbenen waren über 60 Jahre alt (31 %).
 Die Letalität der Patienten unter 60 Jahre betrug 11,8 % (77 Kranke).
- Von den 204 verstorbenen Patienten wurden 139 (= 68 %) operativ und 65 (= 32 %) konservativ behandelt.
- Die Gesamtletalität der operativ behandelten Patienten (657) betrug 20,5 % (139), die der konservativ behandelten (416) betrug

15,6 % (65).

740 Patienten (= 69 %) wurden gebessert, 129 Patienten (= 12 %) sind ungeheilt bzw. nicht gebessert aus der Klinik entlassen worden.

An dieser Stelle sei es mir gestattet, Herrn Prof. Dr. W. Grill für die Überlassung des Themas, sowie alle Hilfe und Rat bei der Verfassung der Arbeit zu danken.

Ebenfalls danke ich Herrn Prof. Dr. Dr. R. Zenker für die freundliche Überlassung des Krankengutes.

LITERATURVERZEICHNIS

- Bahls G. : Das akute Abdomen aus der Sicht des praktischen Arztes.
(chirurgische Abteilung, Freiburger Diakonissenhaus, Freiburg i. Br.)
- Berning H. : Akut bedrohliche Erkrankungen im Bereich der Bauchhöhle
- Bürkle de la Camp H. : Das akute Abdomen in der Unfallchirurgie
(Die Medizinische 1952, 475-479)
- Byrne J. J. : Recent Advances in diagnosis and treatment of the acute abdomen (Symposium)
(Neue Fortschritte in Diagnose und Behandlung des akuten Abdomens) (3, Surg. and Res. Laborat. Boston City Hosp. Univ. School of Med. Boston)
Surg. Clin. N. Amer. 39 (1937-1368)
- Ross McCarty W. : The management of the acute abdomen.
(Behandlung des akuten Abdomens)
New York Univ. Coll. of Med. 3. Surg. Div. Univ. Hosp. N. Y. Med. Clin. N. Amer. 41, 489-797/1957
- Cope Z. Sir : Die Frühdiagnose des akuten Abdomens.
(Deutsche Übersetzung Dr. Dr. Kurt Bloch)
Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1959
- Montgomery J. D. : Diagnosis and management of acute abdominal conditions
Southeast Surg. Congr. Atlanta Assembly 21-24. 2. 1955. Amer. Surgeon 21
558-562 (1955) S. 159
- Ficarra B. G. : Surgical versus medical therapy in acute abdominal conditions.
(chirurg. oder interne Behandlung des akuten Abdomens)
Roslyn Park Hosp. Poslyn Heights Long Island New York
J. Amer. Geriatr. Soc. 6, 140-142
- Haftner E. (Zürich): Die Differentialdiagnose der Oberbauchbeschwerden aus der Anamnese
Ther. Gegenwart 93 (140-145)

- Halhuber-Kirchmair;
Notfälle in der inneren Medizin.
Urban und Schwarzenberg Verlag (6. Auflage)
- Hegglin R.: Differentialdiagnose innerer Krankheiten.
Georg Thieme Verlag, Stuttgart (8. Auflage 1961)
- Henning N. (Erlangen):
Akut bedrohliche Zustände im Bereich der Bauchhöhle.
Archiv. f. klin. Chir. 1954
Bd. 279 S. 667-675.
- Herczeg T und Berentey E.:
Erfahrungen über akute Bauchkrankungen in 10 jährigem Krankengut.
Acta chirurgica, Academiae scientiarum hungaricae
Tomus 3. Fasciculus 1. PP. 1-8.
Budapest 1962
- Hickethier E. und Kuhlmann F.:
Die Behandlung des akuten Abdomens.
Evang. Krankenhaus Essen-Werde
Ther. Gegenwart 93 140-145
- Kunz H.: Akutes Abdomen. Aktuelle Probleme
(1. Chir. Abt. Krankenhaus Wien)
9. Öster. Ärztetag, Salzburg, Sept. 1955)
Wien. klin. Wschr. 1955, 910-913
- Kunz H:
Akutes Abdomen
2. Auflage
Urban und Schwarzenberg-Verlag,
München-Berlin 1960
- Lenggenhager K.:
Allgemeinpraktiker und akutes d. h. chirurg. Abdomen
2137, Münchner med. Wochenschrift 104, Jahrgang 1962.
- Meissner F.: Akutes Abdomen und Myocardinfarkt. Differentialdiagnose
Langenbecks Arch. f. klin. Chir. 289 (637-64) 1958)
- Mansberger A. R.:
Value of Peritoneal Fluid Ammonia Levels in the Diagnosis of the Acute Abdomen.
Rep. of Surgery, Vol. 155, No. (6) June 1962.
- Nissen R.: Das akute Oberbauchsyndrom.
Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, 48. Jahrgang,
Neue Folge, 2. Jahrgang, Juli 1959, S. 553

- Prevot R. (Hamburg):
Zur Röntgendiagnostik akuter Baucherkrankungen
Arch. f. klin. Chir. 1954/Bd. 279 S. 679
- Schilling V.: Das akute Abdomen im Hämogramm.
Die Medizinische 1954 (1156-1160)
- Schubert G. E.: Chirurgisch wichtige Gesichtspunkte zum akuten Abdomen.
(Chir. Abt. Städt. Krankenhaus Berlin-Spandau)
Dtsch. med. J. 1953, 103-107.
- Seifert E.: Das akute Abdomen.
Münchner med. Wochenschrift 1054
C. Org. d. Chir. Bd. 137 S. 174
(akute Oberbaucherkrankungen)
- Wirth J.: Die Diagnose des akuten Abdomens.
(Werk-Verlag Dr. Edmund Banaschewski, München-Gräfelfing)
- Zenker R.: Akut bedrohliche Erkrankungen im Bereich der Bauchhöhle (Akutes Abdomen)
Archiv f. klin. Chirurgie 1954 Bd. 279 (S. 630-644)

LEBENS LAUF

Am 22. Oktober 1935 wurde ich in Bitburg/Eifel als zweiter Sohn des Kaufmannes Johannes Plein und seiner Ehefrau Maria, geb. Messerich, geboren.

Nach dem Besuch der Volksschule von 1942 bis 1947 kam ich auf das städtische Real-Gymnasium in Bitburg/Eifel und besuchte von 1954 bis 1957 das neusprachliche und naturwissenschaftliche Gymnasium in St. Goarshausen/Rheinl., wo ich am 26.2.1957 die Reifeprüfung ablegte.

Im Sommersemester 1957 begann ich das Studium der Rechtswissenschaften an der Ludwig-Maximilians-Universität in München. Im Sommersemester 1958 sattelte ich auf das Studium der Medizin an der Philipps-Universität in Marburg/Lahn um. Im Wintersemester 1960/61 legte ich an der Universität München die ärztliche Vorprüfung und am 7. Dezember 1964 die ärztliche Prüfung ab.

